Lane Medical Library

Aus der dermatologischen Universitäts-Klinik und Poliklinik in München.
Direktor: Geheimrat Professor Dr. Leo Ritter von Zumbusch.

STANFORD UNIVERSITY LIBRARY OCT 27 1930

Zur Kasuistik gonorrhoischer Abszesse

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
verfasst
und einer Hohen medizinischen Fakultät der
Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München
vorgelegt von

André Schmitt
aus Bernkastel-Cues

München 1930

Aus der dermatologischen Universitäts-Klinik und Poliklinik in München.
Direktor: Geheimrat Professor Dr. Leo Ritter von Zumbusch.

Zur Kasuistik gonorrhoischer Abszesse

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
verfasst
und einer Hohen medizinischen Fakultät der
Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München
vorgelegt von

André Schmitt
aus Bernkastel-Cues

München 1930.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153307_0221

In der einschlägigen Literatur begegnet man auf Schritt und Tritt dem vielfältigen und außerordentlich verbreiteten Krankheitsbild der Gonorrhoe.

Aber, so verwickelt die Vorgänge auf den ersten Blick auch scheinen mögen, die hier obwalten und die Forschung erschweren, es kann nicht bestritten werden, daß uns die Zusammenfassung aller Spielarten gonorrhoischer Komplikationen, von einfachen Erkrankungen angefangen bis zu Fällen schwerster Sepsis, ein ziemlich klares, in sich geschlossenes Gesamtbild dieser Infektionskrankheit vermittelt.

Gonorrhoische Metastasen, d. h. das sekundäre Auftreten analoger Krankheitserscheinungen an einer vom ursprünglichen Krankheitsherd entfernten Körperstelle durch lymphogene oder haematogene Verschleppung von Gonokokken treten in ihrer überwiegenden Mehrzahl im Anschluß an chronische Fälle auf.

Meist von einem primären Infektionsherd ausgehend, kann sich die Gonorrhoe zunächst lokal weiter ausbreiten auf Prostata, Samenbläschen, Nebenhoden, Endometrium, Tuben, Bauchfell, um die häufigsten Stellen weiterer Infektion zu nennen.

Ohne Behandlung kann es dann im weiteren Krankheitsverlauf zu einer Septikaemie kommen, d. h. einer allgemeinen Blutinfektion ohne Herdveränderungen oder zu einer Pyaemie, die durch Auftreten von Herderscheinungen charakterisiert ist.

Was die Metastasen selbst betrifft, so sind ihre hauptsächlichsten Lokalisationen Gelenke, Sehnenscheiden, Schleimbeutel, Muskeln, Knorpel, Perineurium, Herz, Augen, deren Gesamtheit man schlechthin als „Tripperrheumatismus“ bezeichnet hat.

Die Metastasen kommen wesentlich durch Ansiedlung des Gonococcus selbst zustande, aber auch dessen Toxine können genetische Bedeutung erlangen. Den Ausgangspunkt der Dissemination bilden wohl meist durch Vermittlung der Lymphgefäße die Genitaladnexe.

Echte gonorrhoische Hautmetastasen indessen gehören zu den Seltenheiten. Sie treten meist als Follikulitiden, Ulcerationen und Abszesse in Erscheinung und sind nach der Einteilung Landouzys von maculöser, papulöser, vesiculöser, erythematöser oder scharlachartiger Form.

Um diese Affektionen als echte Metastasen ansprechen zu können, müssen aus ihrem Inhalt mikroskopisch, ev. kulturell Gonokokken nachgewiesen werden. Aber das ist in solchen Herden schwierig, vielfach unmöglich. So ist es denn auch in vielen in der Literatur der letzten Jahre beschriebenen Fällen „gonorrhoische Abszesse" und dergleichen nicht oder doch nur unvollkommen geschehen. Man wird also trotz aller Sachlichkeit bezweifeln können, daß in einem solchen Fall eine Gonokokkenmetastase einwandfrei vorlag.

Auch die Agglutinationsmethode hat, aller Hoffnung, die man darauf gesetzt hatte, zum Trotz noch nicht viel geleistet, etwas mehr verspricht die Komplimentfixation.

Was endlich die Prognose solcher Metastasen anlangt, so ist sie bei dem chronischen Verlauf der Affektion immerhin zweifelhaft. Und auch heute noch hat der alte Ricord recht, wenn er sagt: „Wir wissen, wann der Tripper beginnt, wann er aufhört wissen wir nicht."

Die ersten Ausführungen über „Follikulitis gonorrhoica" verdanken wir Jesionek. Er fand unter 800 geschlechtskranken Frauen viermal diese Affektion. Alle vier Patientinnen befanden sich in stark verwahrlostem Zustande und litten an starker eitriger Sekretion aus den Genitalien. Die ersten drei Fälle werden nicht genau geschildert und vom Verfasser selbst als nicht beweiskräftig angesehen. Bei Fall vier handelt es sich um ein „erbsengroßes Knötchen an der linken Hinterbacke, etwa 2,5 cm nach links von der Analöffnung und ca. 4 cm entfernt von der Medianlinie der hinteren Commissur der großen Labien". Das Knötchen war bläulich rot, machte keine Beschwerden, hatte an der Spitze eine kleine Öffnung, aus der sich Eiter exprimieren ließ, der zahlreiche Gonokkoken und keine anderen Bakterien enthielt.

Weiter zitiert er eine Inaugural-Dissertation von Jatho aus der Posseltschen Klinik, der mit größerer Wahrscheinlichkeit eine solche Follikulitis gonorrhoica beschreibt:

Bei einem zwanzigjährigen Manne mit Gonorrhoe entstand am linken Oberschenkel an der Grenze von Innen- und Vorderfläche, etwa da, wo in Ruhelage das distale Penisende dem Oberschenkel anlag, ziemlich plötzlich eine lebhaft rote Papel, die sich mit einer kleinen Borke bedeckte. Nach deren Entfernung ließ sich aus einer kleinen feinen Öffnung Eiter exprimieren, der reichlich Gonokokken enthielt. Die Gonokokken fanden sich besonders zahlreich im zentralen Pfropf des Follikels zwischen den zerstörten Epithelzellen und spärlich im benachbarten Bindgewebe.

Eine weitere, hieher gehörige Beobachtung stammt von Cronquist: Bei einem jüngeren Mann von 21 Jahren, der an akuter Gonorrhoe litt, zeigte sich am Bauche, etwa 3 cm unterhalb des Nabels ein kaum erbsengroßes, stark entzündliches Knötchen von bläulicher Farbe, mit heftiger akuter Entzündung der Umgebung. Nach Entfernung der auf der Kuppe haftenden Borke entleerte sich ein Tröpfchen Eiter, der zahlreiche Gonokokken enthielt. Die histologische Untersuchung des excidierten Knötchens ergab, daß hier dicht nebeneinander zwei Follikel lagen, von denen nur der eine infiziert war; der Follikelrand war vollkommen zerstört und eitrig infiltriert. Hier war der Abszeß bis an die Grenze der Subzutis durchgebrochen.

Buschke sagt hierzu folgendes: Soweit ich die Literatur überschaue, sind die von Jatho und Cronquist beschriebenen Fälle die einzigen, bei denen eine Follikelerkrankung zweifellos vorlag, die mit Wahrscheinlichkeit von Gonokokken erzeugt war. Jedenfalls gehören gonorrhoische Follikelerkrankung zu den größten Seltenheiten.

Ein von M. Vayiser geschilderter Fall möge seiner Ähnlichkeit wegen ebenfalls erwähnt werden.

Der Verfasser beobachtete bei einem Venerologen eine gonorrhoische Hautaffektion, die dieser vermutlich bei einer Janetspülung acquiriert hatte. Die Infektion begann auf der Radialseite des Ringfingers der linken Hand unter Bildung eines Knötchens, das in eine Pustel überging. Die Pustel führte zu einer Lymphangitis und einem starken entzündlichen Ödem des betreffenden Vorderarmes und der Hand mit gleichzeitiger starker Temperatursteigerung. Im Pusteleiter fanden sich typische Gonokokken. Nach dreimaliger Injektion von Gonococcenvaccine verschwand das gesamte Krankheitsbild.

Offenbar war diese Affektion durch eine direkte Impfung gonokokkenhaltigen Materials in die klinisch intakte Haut oder in eine unbewußte Schrunde zustandegekommen.

Einen weiteren Fall erwähnt Arndt: Bei einer blenorrhoischen Arthritis in einem Handgelenk fand sich eine außerordentliche schmerzhafte Schwellung der Wange bis zum Auge, das selbst vollkommen frei war.

Über eine gonorrhoische Hautaffektion bei einem amerikanischen Arzt berichtet A. Philippi: Der betreffende Arzt hatte beim Fußballspiel eine leichte Hautabschürfung am Ellbogen erlitten. Acht Tage später entwickelte sich eine starke Entzündung des betreffenden Gebietes mit Blasenbildung in der Umgebung. Aus den Blasen wurde seröse Flüssigkeit entnommen, die neben dem Staphylococcus aureus Coccen enthielt, die nach Färbung und Züchtung als Gonokokken gedeutet werden konnten.

Bei dem Patienten selbst war für Blenorrhoe kein Anhaltspunkt zu gewinnen und eine Übertragung seitens der von ihm ärztlich behandelten Patienten nicht nachzuweisen.

Einen merkwürdigen Fall von gonorrhoischer Hauterkrankung nodös- phlegmonösen Typs schildert N. Aronstam-Detroit:

Bei der betreffenden Patientin fand sich eine isolierte Schwellung des unteren Augenlides, bei der von Anfang an die starke Schmerzhaftigkeit auffiel. Die Diagnose war keineswegs klar. Man dachte an Phlegmone; aber auf einen chirurgischen Eingriff hin entleerte sich kein Eiter. Bald darauf trat eine Schwellung des Handgelenkes auf mit Beteiligung der Sehnenscheiden. Jetzt erst entstand der Verdacht auf Metastase infolge Gonorrhoe, der sich bakteriologisch auch bestätigte. Die Patientin gab nun zu, wegen Gonorrhoe früher schon behandelt worden zu sein. Vermutlich war eine Phlegmone, wegen der sie in einem anderen Krankenhaus behandelt worden war, ebenfalls gonorrhoischer Art.

Neben diesen Erscheinungen mehr follikulitider Natur treten im Verlauf der Gonorrhoe außerordentlich häufig Erosionen und kleine Ulcerationen auf. Wir finden sie im Praeputialsack, Orefícium urethrae und weiter hinein auf der Harnröhrenschleimhaut. Gelegentlich auch an den Ausmündungsstellen von Schleimdrüsen, an der Mündung der Aus-

führungsgänge der Bartholinischen Drüsen sowie an den kleinen und großen Labien.

Indessen, inwieweit alle diese Affektionen auf Gonokokken zurückzuführen sind, ist mit Sicherheit nicht erforscht. Die Möglichkeit, daß sie durch Mazeration und durch Ätzung der Sekrete zustandegekommen, oder einfach mechanisch bedingt sind, hat die größte Wahrscheinlichkeit. Auch das Auffinden von Gonokokken auf der Oberfläche derartiger Geschwüre kann naturgemäß aetiologisch nicht als beweisend angesehen werden.

Jullien legt in seiner Monographie über seltene Tripperformen diesen kleinen Ulcerationen größere Bedeutung bei und setzt sie anscheinend vielfach in engeren aetiologischen Connex mit der Gonorrhoe, ohne indessen einen einwandfreien Beweis dieser Anschauung zu bringen.

Praktisch-klinisch sind diese im Verlauf einer Gonorrhoe ja häufig auftretenden Substanzdefekte nicht ganz ohne Belang bezüglich der Abgrenzung von anderen venerischen Krankheiten. Dies könnte wohl nur durch den histologischen Nachweis der Gonokokken und ihre Beziehungen zu dem vorliegenden Gewebszerfall wenigstens bis zu einer gewissen Wahrscheinlichkeit eruiert werden.

Gesicherter erscheint eine besondere Form des Ulcus gonorrhoicum zu sein, wie sie in einem der letzten Jahre von Salomon beschrieben wurde. Bei einer zwanzigjährigen Patientin aus der Frankfurter Dermatologischen Klinik bestand eine akute Gonorrhoe mit starker Sekretion aus Harnröhre und Cervix mit Gonokokken. Die großen und kleinen Labien waren stark geschwollen, die Bartholinische Drüse nicht nachweisbar erkrankt. Am oberen Drittel des rechten Labiums sah man ein ziemlich scharf geschnittenes Geschwür, nicht wesentlich induriert, mit nekrotischem Belag. Im Sekret des Geschwürs wurden mikroskopisch und kulturell zweifellos Gonokokken nachgewiesen, ebenso histologisch im Geschwürsrande. Bemerkenswert war die Schmerzhaftigkeit des Geschwürs und seine Neigung zu Blutungen. Während unter permanenten Bädern das Geschwür nach einigen Tagen sich reinigte, wobei das geringe Fieber zurückging, entwickelte sich etwa neun Tage nach der Aufnahme ins Hospital auf den hinteren kleinen Labien an entsprechender Stelle ein ca. 0,5 cm langes analoges Ulcus, in dessen Sekret

ebenfalls durch Kultur und Mikroskop Gonokokken nachgewiesen wurden. Unter der üblichen Behandlung wurde in etwa fünf Wochen Heilung erzielt.

Bei dem Fehlen sonstiger Erscheinungen, bei der Art des klinischen Charakters und dem Verlauf zusammen mit dem Ergebnis der kulturellen und histologischen Untersuchung erscheint es wohl sicher, daß hier ein Ulcus gonorrhoicum vorlag mit mildem und gutartigem Verlauf.

Einen Übergang von diesen ulcerösen Prozessen zu den später auszuführenden Abszeßbildungen zeigen zwei Fälle von Hauterscheinungen, die Wienfield-Scott berichten. Bei einem Kind mit Vulvovaginitis und Arthritis traten makulo-pustulöse Flecke an der Innenseite der Schenkel nahe den Labien auf. Die Entwicklung pustulöser Bläschen mit aus ihrem Inhalt nachgewiesenen Gonokokken machten eine metastatische Infektion wahrscheinlich.

In dem anderen Fall handelt es sich um eine an Gonorrhoe leidende Patientin, bei der unterhalb und an der Innenseite der linken Brust ein Erythem entstand, aus dem sich ein Abszess entwickelte, in dessen Eiter Gonokokken nachgewiesen werden konnten. Die Verfasser nehmen eine örtliche Infektion an, die durch einen mehrfach ausgeführten Coitus inter mammas zustandegekommen war.

Weiter berichtet F. Dietel, Erlangen, einen Fall von Hautblutungen und -Geschwüren bei Gonorrhoe. Bei der Patientin handelte es sich um eine Cervix- und Uretralblenorrhoe. Während der Menses traten leichte Temperaturerhöhungen auf. Nach einigen Tagen entwickelte sich eine typische linksseitige Adnexitis, die mit dysmenorrhoischen Erscheinungen einherlief. Bald darauf zeigten sich an verschiedenen Stellen des rechten Unterschenkels blaurote, markstückgroße Flecke, die von Blutungen in die Haut herrührten. An der Innenseite des rechten Unterschenkels erodierte dann einer der genannten Flecke, umgeben von einem stark entzündlichen Hof. Diese Stelle entwickelte sich zu einem pfennigstückgroßen Geschwür mit schlaffen Rändern und trockenem Grund. Bald darauf traten zwei weitere Geschwüre am Unterschenkel auf, ebenso weitere Schübe von Hautblutungen. Speziell während und nach den Menses verschlimmerten sich die Prozesse.

Kann man den eben angeführten Affektionen keine einheitliche Sonderstellung im Krankheitsbild der Gonorrhoe einräumen, weil sich flie-

ßende Übergänge von einem zum anderen finden, so sind die folgenden Erscheinungen diesbezüglich klarer.

An den Genitalorganen kommen nicht selten kutane und subkutane Abszesse zur Beobachtung, die, soweit nicht direkt periurethraler Natur, wohl in der überwiegenden Mehrzahl hervorgegangen sind aus paraurethritischen Infektionen durch Sekretretention. Sie stellen dann meist sogenannte Pseudoabszesse dar, die von einer mehr oder weniger intakten Epithelbekleidung umgeben sind, wie das Jadassohn für die Abszesse der Bartholinischen Drüsen beschrieben hat. Häufig brechen sie in das subkutane Gewebe und nach außen durch die Haut, wo dann oft Mischinfektionen mit Staphylo- und Streptokokken vorkommen.

Eine andere Form der an den Genitalorganen im Zusammenhang mit Gonorrhoe vorkommenden und die Haut beteiligenden Abszesse sind lymphangitischer Natur. Hierher gehören die Beobachtungen von Gravagna: An der Vulva einer an Gonorrhoe erkrankten Frau entwickelten sich mehrere Knoten bis zu Haselnußgröße, die incidiert gonokokkenhaltigen Eiter entleerten. Möglicherweise ist auch der Bericht von Bandonin und Gaston so zu deuten, die an der Oberfläche des Penis bei akuter Gonorrhoe hanfkorn- bis haselnußgroße, aneinander gereihte Abszesse beobachteten.

Krüger-Sagan zitiert einen Fall von Gonokokkenabszeß im Biceps bei Fehlen sonstiger gonorrhoischer Erscheinungen. Er beschreibt den Fall etwa folgendermaßen: Patient kam wegen Lues zur Aufnahme und klagte über Schmerzen und Bewegungseinschränkungen in der linken Schulter. Ausfluß hatte er nie bemerkt, und ein Abstrich der Uretra ergab Leukocyten und Epithelien. Während der Zeit der Beobachtung ließen die Schmerzen in der Schulter allmählich nach und zogen nun in die Muskulatur des betreffenden Oberarmes. Es entwickelte sich zwischen Biceps und Deltoideus ein haselnußgroßer, ziemlich derber Tumor, der geringe Rötung aufwies und deutliche Fluktuation zeigte. Bei der Operation entleerte sich reichlich dünnflüssiger Eiter, der zahlreiche Gonokokken enthielt. Die Komplementablenkung mit Go-Extrakt und -Serum erwies sich als einwandfrei positiv. Es handelte sich also um eine gonorrhoische Muskelerkrankung mit eitriger Einschmelzung, die sich im Anschluß an eine dem Patienten unbewußte Infektion der Harnröhre entwickelt hatte. Die Schmerzen im Schulter-

gelenk waren wohl nur ausstrahlende gewesen, da kaum Temperaturerhöhung bestanden hatte und röntgenologisch keine Gelenksveränderung nachweisbar war.

Des weiteren zitiert E. Lange folgenden Fall: Bei einem per exclusionem als blenorrhoisch diagnostizierten Fall von Polyarthritis stellte sich nach der vierten Arthrigonininjektion ein Exanthem vom Aussehen des Erythema nodosum ein, und bildete sich ein kleiner Abszeß unter der Halsfascie über dem Schildknorpel, in dessen Eiter Gonokokken nachgewiesen werden konnte. Mehrfache Versuche, aus den Erythemstellen Gonokokken nachzuweisen, mißlangen. Es ist wohl anzunehmen, daß das Exanthem und der Abszeß auf embolischem Wege zustande gekommen sind und daß als auslösende Ursache die Arthrigonininjektion in Betracht kommt.

Eine Schilderung zwei weiterer Fälle gonorrhoischer-metastatischer Abszesse findet sich von de Boer: Bei einer 25 jährigen Patientin entwickelte sich zehn Tage nach Beginn einer Urethral- und Cervikalgonorrhoe bei leidlich gutem Allgemeinbefinden unter Temperatursteigerung „eine 4 bis 6 cm große, ca. 1 cm hohe, schmerzhafte, ziemlich pralle Schwellung in der Mitte der Streckseite des rechten Vorderarmes, Bewegungen des Hand- und Ellbogengelenkes schmerzhaft, aber nicht wesentlich gestört. Im Abszeßeiter fanden sich Gonokokken. Sechs Wochen nach der Incision trat Heilung ein."

Diese Art metastatischer Abszesse finden wir bereits 1892 erwähnt, wo Sahli in der Wiener dermat. Gesellschaft darauf hinaus. Er teilt einen Fall mit, der später von Horwitz ausführlich beschrieben wurde. Der 27 jährige Patient mit Gonorrhoe bekommt einige Tage nach der Aufnahme ins Krankenhaus Rötung an der Streckseite des linken Mittelfingers und zwar am Metacarpus anscheinend im Zusammenhang mit einer Sehne. Nach acht Tagen entwickelte sich an dieser Stelle ein Abszeß, der unter aseptischen Kautelen punktiert wurde, wobei die bakteriologische Untersuchung negativ ausfiel. Nach zwei Tagen wurde der Herd exzidiert und ausgekratzt. Es fand sich eine Höhle mit schleimigem Eiter und bröckeligen Massen. Durch die Züchtung seitens Paltaufs wurden zweifellos Gonokokken nachgewiesen. Lokalisiert war der Abszeß im subkutanen Gewebe. Ein Zusammenhang mit Gelenk und Sehnenscheide bestand offenbar nicht. Es dürfte sich wohl um

einen auf metastatischem Wege entstandenen Abszeß im subkutanen Gewebe gehandelt haben.

Einen weiteren hieher gehörigen Fall schildert Scholz: Bei einem 22 jährigen Mann mit akuter Gonorrhoe entwickelte sich eine Arthritis im linken Kniegelenk, die aber schnell zurückging. Unter hohem intermittierendem Fieber bis über 40° entstand ein dem Erythema nodosum ähnliches Exanthem am rechten Unterschenkel und sonderbarer Weise am Metacarpus der linken Hand, im Ellbogen und im Rumpfe. Es handelte sich um ganz leicht erhabene erbsen- bis pfennigstückgroße, gerötete, ziemlich scharf umschriebene Herde, bei denen zum Teil eine kleine Nekrose im Zentrum sich entwickelte. Diese bestand mikroskopisch aus Detritus und Eitermassen, aber es fanden sich darin keine Bakterien. Einen etwas anderen Charakter nahmen die an der rechten Wadengegend lokalisierten Stellen an. Es handelte sich hier um eine diffuse schmerzhafte Rötung. Allmählich bildeten sich einige dieser Stellen zu einem nicht sehr großen, unter der Haut gelegenen Abszeß aus, der inzidiert und ausgekratzt wurde. Mikroskopisch und kulturell fanden sich Gonokokken vor.

Folgender Fall mag ebenfalls in diesem Belange von Interesse sein. (Scholz.) 18 Tage nach der Geburt eines Kindes mit Ophthalmo-Blenorrhoe tritt bei der Mutter im Sternoglavikulargelenk ein periartikulärer Abszeß auf, in dessen Eiter sich Gonokokken fanden. Wenige Tage später bildete sich in der Bursa suprapatellaris ebenfalls ein Abszeß. Nach dessen Spaltung sowie Spülungen mit Protargol trat bald Heilung ein.

Einen weiteren Fall bringen Léri, André et Luton: Ein zwanzigjähriger Mann, bei dem der etwa eine Woche bestehende gonorrhoische Ausfluß wegblieb, bekam Schmerzen im rechten Oberarm. Und als er acht Tage später in die Behandlung der Verfasser eintrat, bildete sich im oberen Drittel des betreffenden Armes ein tiefliegender Abszeß aus, der in etwa vierzehn Tagen nach der Oberfläche zu sich entwikkelte, von starken Schmerzen und Fieber begleitet. Eine Punktion ergab anfänglich seröse, später eitrige Flüssigkeit, jedoch ohne Bakterien. Weder im Abstrich noch in der Kultur konnte man Gonokokken finden. Eine Injektion von antigonorrhoischem Serum in die Abszeßhöhle war anfangs ohne Erfolg und führte zu noch höheren Temperaturen. Aber

nach fünf bis sechs Tagen trat rasch Besserung ein; in vierzehn Tagen Heilung. Darauf erschien der Harnröhrenabszeß wieder.

Die Verfasser sind der Meinung, daß es trotz der Sterilität des Abszeßeiters um einen gonorrhoischen Abszeß sich gehandelt habe. Der Nachweis sei zwar nicht erbracht, aber die Annahme sei nach allen Umständen wohl gestattet.

Einen weiteren Fall dieser Art zitiert der Franzose Dufour: Bei einem 17jährigen Mädchen mit Arthritis gonorrhoica des linken Mittelfußes ging die Entzündung unter Injektion von „Neo-Durégon" und feuchten Verbänden zurück. Nach drei Wochen bildete sich auf dem Fußrücken ein Abszeß. Die Eröffnung erwies Gonokokken im Eiter. Die Höhle kommunizierte nicht mit den Gelenken. Dufour nimmt an, daß die Gonokokken unter Ausschaltung des Blutweges das Gewebe vom Gelenk zur Haut durchwandert haben.

Anders liegt der Fall bei einer im III. Monat Schwangeren, den derselbe Autor bringt: Im Anschluß an eine Grippe mit leichter Bronchitis erkrankte die Patientin an hochgradigen polineuritischen Schmerzen. Man bemerkte dabei sehr starken eitrigen Fluor, sowie eine plötzlich auftretende, wenig schmerzhafte Geschwulst von etwa Aprikosengröße über der Mitte der Muskulatur des linken Unterarmes. Die Geschwulst schwand so schnell wie sie gekommen war. Eine Probepunktion hatte Gonokokken ergeben. Bei diesem gutartigen Fall scheint, wie Dufour meint, die Fortbewegung auf dem Blutwege erwiesen.

Im Zentralblatt für Haut und Geschlechts-Krankheiten findet sich weiter ein Fall von Klippel, M. und J. Rachet, bei dem es sich offenbar um einen gonorrhoischen Abszeß gehandelt hat. Der Referent geht nicht weiter auf den Fall ein, weist jedoch darauf hin, daß sich im Abszeßeiter zahlreiche Gonokokken fanden, und daß die Abheilung durch Vaccineinjektion erzielt wurde.

Weiter finden wir dort einen einschlägigen Fall von Vargas Martinez, der einen gonorrhoischen Abszeß in der linken Leistengegend beschreibt bei einer Patientin mit starkem Fluor und Fieber. Nach Angaben des Autors fanden sich zwar in Fluor und Abszeß Gonokokken, die Bakterienkultur verlief indessen negativ. Eine gewisse Skepsis diesen beiden letzten Fällen gegenüber erscheint also angezeigt.

Gesicherter scheint folgender von Arndt beschriebener Fall zu sein. Es handelt sich hier um eine Frau mit isolierter Schwellung des unteren Augenlids, bei der von Anfang an die Schmerzhaftigkeit auffiel. Auf Inzision hin entleerte sich kein Eiter. Nachdem jedoch noch eine Schwellung in Handgelenk und Sehnenscheiden aufgetreten war, entstand Verdacht auf Metastasen infolge Gonorrhoe, der sich bakteriologisch auch bestätigte.

Ein diesbezüglicher Fall wurde auch in der Münchener Dermatologischen Klinik beobachtet:

Es handelt sich um die 28jährige Patientin W. H. Sie ist etwa mittelgroß, kräftig und gut genährt und war zuerst wegen akuter Gonorrhoe in anderweitiger fachärztlicher Behandlung. Bei der Patientin bestand reichlich Fluor, sowie starke Entzündung der Labien und der Uretra. Der gramgefärbte Abstrich erwies zahlreiche Gonokokken. Unter der üblichen Lokalbehandlung traten plötzlich gonorrhoische Arthritiden auf, infolge deren die Überweisung in die von Zumbuschsche Klinik erfolgte. Der Aufnahmebefund ergab am linken Knie, an der rechten Schulter und dem rechten Handgelenk eine schmerzhafte Rötung und Schwellung. Am Tage nach der Aufnahme zeigte sich eine Temperatursteigerung bis 40^0 infolge Collargolbehandlung. Auf jede weitere Injektion antwortete die Patientin mit erneutem Fieberanstieg; daher wurden im ganzen nur vier Injektionen gemacht mit Interwallen von sieben bis acht Tagen, während die übliche Lokalbehandlung weitergeführt wurde.

Nach etwa vier Wochen klangen die Affektionen im linken Knie- und rechten Handgelenk ab, während im rechten Schultergelenk erhöhte Krankheitserscheinungen sich zeigten, die sich besonders in starker Schmerzhaftigkeit und Bewegungsbehinderung manifestierten. Die Behandlung bestand nun sieben Wochen lang in Applikation von Heißluft, Massage und vorsichtigen Bewegungsübungen, wobei die übliche Lokaltherapie weitergeführt wurde. Da trat in der achten Woche am oberen Rand des distalen Drittels der Clavicula etwa der Fascie des Omohyoideus und Scalatinus anterior aufsitzend, eine ca. hühnereigroße, schmerzhafte Schwellung auf. Sie zeigte leichte Rötung, weiche Konsistenz und geringe Fluktuation.

Wegen Verdachts eines metastatisch-gonorrhoischen Abszesses, der mit dem entsprechenden Gelenk in Verbindung stehen könnte, wird erst eine Incision vermieden und die konservierende Behandlung weitergeführt. Nach fünf Tagen jedoch, als keine Besserung eintritt, wird der Abszeß incidiert. Aus der walnußgroßen Höhle entleerte sich ca. 3 bis 5 ccm rötlich braune, eitrige Flüssigkeit. Die Gramfärbung des Eiterabstriches ergab massenhaft Leukocyten mit zahlreichen, meist intrazellulär gelagerten Coccen. Die Wunde wurde mit Jodoformgaze austamponiert und der Verband täglich unter Ausspritzung der Höhle mit H_2O_2 erneuert. Wegen eines sehr dringenden Urlaubs der Patientin konnte erst zwei Tage später eine Röntgenaufnahme gemacht werden. Die eingeführte Sonde zeigte eine Art Fistelgang, der von der Gegend des Proc. coracoideus ausgehend zur Abszeßhöhle hin verlief. Eine Kontrastbreifärbung wurde nicht vorgenommen. Nach etwa drei weiteren Wochen war die Wunde unter Bildung tiefer gesunder Granulationen abgeheilt, sodaß die Patientin zehn Tage später entlassen werden konnte. Es bestanden nur noch eine geringe Bewegungsbehinderung des betreffenden Gelenkes sowie ganz leichte Schmerzen.

Es handelt sich hier ohne Zweifel um einen abgekapselten metastatisch-gonorrhoischen Abszeß im Gegensatz zu einer gonorrhoischen Phlegmone, wo die Gonokokken, nachdem sie auf haemotogenem Wege in die Gelenke gedrungen sind von dort aus per continuitatem das Unterhautzellgewebe der Nachbarschaft diffus durchtränken.

Schließlich sei noch der Fall einer gonorrhoisch-metastatischen Phlegmone erwähnt, der von Almquist beschrieben wurde: Ein 19jähriger junger Mann war seit vier Wochen an Gonorrhoe erkrankt. Er hatte eine Arthritis ant. und posterior, und der Aufnahmebefund ergab zahlreiche Gonokokken im Eiter. Zu allem gesellte sich noch eine rechtsseitige Prostatitis. Ferner war die Innenseite der linken Fußwurzel geschwollen und empfindlich gerötet. Außerdem bestand Schmerzhaftigkeit zwischen dem dritten und vierten Lendenwirbel. Unter Salicylbehandlung bildete sich die Affektion am linken Fuß zurück, aber es entstand eine schmerzhafte Schwellung an der Außenseiten des rechten Fußes über den Peronealsehnen. Hier entwikkelte sich in den nächsten Tagen ein Abszeß, der zuerst punktiert und dann incidiert wurde. Es entleerte sich eine große Menge blutigen

Eiters. Am nächsten Tage fühlte man auch Fluktuation unterhalb und vor dem rechten Malleolus an der Tuberositas des fünften Metatarsalknochens. Beide Abszesse standen miteinander in Verbindung, und auch diese Stelle wurde inzidiert. Aus beiden Abszessen wurden mikroskopisch und kulturell reine Gonokokken nachgewiesen. Etwa zehn Tage später entwickelte sich zwischen beiden Abszessen ein neuer, der incidiert ebenfalls blutigen Eiter und Gonokokken in Reinkultur enthielt. Er kommunizierte mit den beiden anderen Abszessen. Der Patient fieberte bis 38°. Trotzdem indessen die Gonorrhoe mit Janet-Spülungen in ca. vier Wochen nach der Aufnahme ins Krankenhaus geheilt war, nahmen die Schwellung, Rötung und Schmerzhaftigkeit um die Abszesse zu, die Haut wurde von mit Eiter durchtränkten Granulationsmassen unterminiert, sodaß zu einer radikalen Operation gegriffen wurde. Die Fistelgänge wurden breit gespalten, die erkrankte Haut abgetragen und die schwammigen Granulationen exkochleiert. Es ergab sich hierbei, daß der ganze Prozeß nur im subkutanen Gewebe lokalisiert war. Gelenke und Sehnenscheiden standen nicht mit ihm in Verbindung.

Allein auch nach dieser radikalen Operation bildeten sich noch zwei Fistelgänge, die gespalten werden mußten und ebenfalls rein Gonokokken enthielten. Unter antiseptischer Behandlung reinigte sich dann die Wunde und wurde durch Transplantation gedeckt. Histologisch konnten in dem stark zerfallenen Gewebe keine Gonokokken nachgewiesen werden. Es handelt sich also hier um eine auf metastatischem Wege entstandene, zweifellos durch Gonorrhoe hervorgerufene, lediglich im subkutanen Gewebe lokalisierte hartnäckige Phlegmone.

Zusammenfassend läßt sich über die Kasuistik gonorrhoischer Abszesse nur soviel sagen, daß sie eine meist gutartige Komplikation dieser Krankheit darstellen, die relativ sehr selten ist.

Aus den mitgeteilten Fällen geht jedenfalls mit Sicherheit hervor, daß der Gonococcus für sich allein imstande ist, Eiterungen in der Haut zu erzeugen.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Geheimrat Professor Dr. Leo Ritter von Zumbusch für die liebenswürdige Überlassung des Materials, Herrn Professor Dr. Julius Mayr für die Übernahme des Referates, sowie Durchsicht der Arbeit ergebenst zu danken.

Literaturverzeichnis.

Adamsohn H. G.: Gonorrheal affections of the skin. Zentralbl. f. Haut- u. Geschl.-Krankh. 1923. Bd. 9 S. 484.

Almkvist Johann: Über abscessus ad anum gon. u. Drüsenkomplikationen der Rektalgonorrhoe. Ebenda. 1925. Bd. 18. S. 445.

Arndt: Gon. Hautmetastasen. Ebenda 1925. Bd. 16. S. 13.

„ Gon. Hautmetastasen a. d. rechten Wange. Dermat. Wochenschr. 1925. Bd. 80/I. S. 304.

Aronstam N. E.: Gon. Gelenkmetastasen. Zentralbl. f. Haut- u. Geschl.-Krankh. 1921/I. S. 155.

Brandes K.: Gon. Abszeß im Biceps bei Fehlen sonstiger Erscheinungen. Ebenda. 1926. Bd. 19. S. 551.

Boer, F. de: Einige Bemerkungen üb. metastatische Gon. Ebenda. 1927. Bd. 22. S. 121.

Buschke A. u. Jost W.: Zur Biologie des gon. Eiters. Dermat. Wochenschr. Nr. 52a. 1926. S. 1984.

Dainow Isaac: Contribution à l'etude des métastases cutanées de la blenorrhagie. Zentralbl. f. Haut- u. Geschl.-Krankh. 1928. Bd. 27. S. 565.

Dietel F.: Eine Haut von Hautblutungen u. Geschwüren bei Gon. Dermat. Wochenschr. 1926. S. 1190.

Dombray P.: La fixation de l'alexine dans les affektions à gon. Ebenda. 1926. Nr. 52. S. 1984.

Dietrich Oskar: Ist die Gonokokkenfärbung nach Gram zuverläßig? Zentralbl. f. Haut- u. Geschl.-Krankh. 1928.

Dufour Henri: Des Abscès spontanés à gon. Ebenda. 1924 14. S. 121.

Fulton William J.: Gonococcus in arm abscess. Ebenda. 1923/8. S. 426.

Horder Thomas: Metastatic gon. Ebenda. 1923. Bd. X. S. 407.

Jadasohn J.: Handb. d. Haut- u. Geschl.-Krankheiten.

Klippel M. et Rachet J.: Oberflächliche gon. Abszesse des Handgelenks u. d. Hand nach einer Polyarthritis gon.

Léri, André et Luton: Absces gon. Traitement par injektion de sérum antigon. dans la poche de l'abscés. Zentralbl. f. Haut- u. Geschl.-Krankh. 1923. S. 537.

Montpellier: Ungewöhnliche Übertragungsweise der Gonorrhoe. Infektion d. Haut von intertriginösem Typ. Dermat. Wochenschr. 1926. S. 438.

Newburger Bernhard: Metastatic intramuscular gonococcal-Absces. Zentralbl. f. Haut- u. Geschl.-Krankh. 1927. Bd. 23. S. 591.

Pugh-Wienfield-Scott: Cutaneous complications of Gon. Ebenda. 1921. Bd. 16. S. 114.
Kingsbury A. Neave: Cutaneous gonococcal infections. Ebenda. 1925. Bd. 17. S. 115.
Scoffronow N.: Gon. Phlegmone. Ebenda. 1926. Bd. 21. S. 522.
Wienfield-Scott: Hauterscheinungen bei Gonorrhoe. Dermat. Wochenschr. 1925 II.
Scholz: Ein Beitrag z. d. gon. Hautmetastasen. Ebenda. 1922. Bd. 34. S. 840.
Schottmüller: Cystopyelitis gonorrh. mit Haut- u. Gelenkmetastasen. Zentralbl. f. Haut u. Geschl.-Krankh. 1921/I. S. 155.
Vaijser M.: Ein Fall von Infektion der Haut bei Gonokokken. Ebenda. 1929 30. S. 140.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich André Schmitt am 24. Januar 1905 zu Bernkastel-Cues.

Besuchte vom Jahre 1915 bis 1919 die dortige höhere Knabenschule, anschließend das Städtische Gymnasium zu Boppard a. Rhein. Im März 1924 legte ich in Traben-Trarbach/Mosel die Reifeprüfung ab.

Im Sommersemester 1926 begann ich das Studium der Zahnheilkunde und zwar nacheinander in Bonn, Frankfurt a. Main, wo ich die zahnärztliche Vorprüfung ablegte und München. Hier machte ich im Winter-Semester 1929 die Zahnärztliche Prüfung.